

# Medikamenten- Tagesdosis beinahe auf einmal verabreicht



Auf einem Medikamententablett mit Medikamenten für mehrere pflegebedürftige Menschen waren die Einnahmezeiten nicht eindeutig ersichtlich. Beinahe wurde die Tagesdosis verabreicht. Werden Medikamente nicht eindeutig gekennzeichnet, stellt das ein Risiko für die Medikationssicherheit dar. Dies gilt auch, wenn für die Verabreichung eingesetzte Mitarbeitende, die hierbei üblichen Arbeitsabläufe und Regeln in der Einrichtung nicht genau kennen. Hierdurch kann es zu Verwechslungen und falschen Einnahmemengen kommen. Diese können schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die pflegebedürftigen Menschen haben.

## Bericht zum kritischen Ereignis

berichtet am 02.04.2025

**Was ist passiert?** Medikamente wurden fast vertauscht. Auf dem Medikamententablett standen die Medikamente für den ganzen Tag, anstatt für eine Schicht (für einen halben Wohnbereich, also für ca. 20 Personen).

**Kam jemand gesundheitlich zu Schaden?** Nein

**Wo ist es passiert?** Stationäre Pflege (z. B. Altenpflegeeinrichtung)

**Wann ist es passiert?** Frühdienst

**Wer war direkt beteiligt?** Pflegefachperson

**Wieso ist es passiert?** Kommunikationsprobleme: Es gab keine Einarbeitung bezüglich der Vorgangsweise im Medikamentenmanagement. Es wurde nicht darauf hingewiesen, dass die Medikation für mehrere Einnahmen bestimmt

sind.; Meinungsverschiedenheit/Konflikt: Es ist nicht üblich auf einem Tablett die Medikamente für mehrere Einnahmen zu lagern.

**Wie hätte es verhindert werden können?** Es konnte verhindert werden, dass mir die Anzahl der Tabletten zu hoch erschienen sind.

Des Weiteren sollte man nur für eine Einnahme stellen (Früh -Mittag-Abend-Nacht)

**Was wurde nach dem kritischen Ereignis getan?** Es wurde heruntergespielt und belächelt. Als ob man das hätte wissen müssen, dass dort Medikation für die ganze Schicht steht.

**Haben Sie eine bestimmte fachliche Frage zu dem kritischen Ereignis?** Nein

**Wer berichtet?** Pflegefachperson

## Pflegefachliche Empfehlung

erstellt am 08.04.2025

Wichtige Voraussetzung für eine sichere Medikation ist u. a. die eindeutige Kennzeichnung von zu verabreichenden Medikamenten. Dazu gehören u. a. der Name der pflegebedürftigen Person und des Medikaments sowie Menge und Zeitpunkt der Verabreichung. Darüber hinaus trägt der Abgleich mit dem individuellen Medikationsplan vor dem Verabreichen von Medikamenten zur Medikationssicherheit bei.

Die pflegefachliche Empfehlung wurde nach bestem Wissen erstellt. Das ZQP übernimmt für die Richtigkeit keine Gewähr und haftet nicht für Schäden. Die Tipps ersetzen nicht die individuelle Rechtsberatung im konkreten Fall.

Folgende aus unserer Sicht geeignete Maßnahmen wurden laut Bericht umgesetzt: Auffälligkeit wahrgenommen und hinterfragt | Kollegen oder Kollegin auf das Ereignis angesprochen

### ... zum Vorgehen bei einem solchen Ereignis

- alle auf einem Medikamententablett gerichteten Medikamente mit den individuellen Medikationsplänen abgleichen und prüfen: Name der pflegebedürftigen Person und des Medikaments, Dosis, Einnahmezeit
- im Zweifel Medikamente neu richten und eindeutig kennzeichnen
- falls Medikamente für einen ganzen Tag im Voraus gerichtet werden, Hinweise zur Aufbewahrung und Lagerung beachten
- Ereignis bei Dienstübergabe und Teambesprechung ansprechen; weitere Maßnahmen besprechen; Vorgesetzte oder Vorgesetzten informieren

### ... zur Prävention eines solchen Ereignisses

- Medikamente prinzipiell eindeutig, einheitlich und gut lesbar kennzeichnen: Name der pflegebedürftigen Person und des Medikaments, Dosis, Einnahmezeit; ausschließlich Abkürzungen verwenden, die klar nachvollziehbar sind; Aktualität regelmäßig prüfen
- mit neuen Mitarbeitenden grundsätzlich zu Dienstbeginn Aufgaben, Arbeitsabläufe, Regeln und Zuständigkeiten genau besprechen
- neue Mitarbeitende strukturiert einarbeiten, dazu Einarbeitungskonzept und Checklisten nutzen; Einarbeitungsmappe oder Leitfaden für neue

Mitarbeitende bereitstellen; ermutigen, Auffälligkeiten anzusprechen, und gute Praxis aus ehemaligen Arbeitsstellen zu berichten

- organisationsbezogenes Medikamentenmanagement überprüfen und ggf. anpassen, z. B. Medikamente jeweils für eine Schicht richten; prüfen, ob Verblisterung der Medikamente durch Apotheke für Pflegeeinrichtung sinnvoll ist
- organisationsinterne Richtlinie für sichere Medikation erstellen, z. B. im Qualitätszirkel; Mitarbeitende hierüber informieren
- Mitarbeitende regelmäßig zu Medikationssicherheit schulen; dazu z. B. auch Apotheke und Arzt oder Ärztin anfragen; zudem kurze Lerneinheiten, etwa mithilfe von Lernpostern, sowie simulatives Lernen nutzen
- pflegebedürftige Menschen in den Medikationsprozess einbeziehen und ermutigen, Auffälligkeiten anzusprechen, z. B. ungewöhntes Aussehen der Medikamente, unüblicher Zeitpunkt
- pflegebedürftige Menschen zur Medikationssicherheit beraten und anleiten, z. B. dazu ZQP-Kurzratgeber Sicherheit bei der Medikation nutzen
- feste Zeiten und Regeln vereinbaren, um im Team und konstruktiv über kritische Ereignisse zu sprechen, z. B. bei Dienstübergaben, in Teambesprechungen, im Rahmen von Fallbesprechungen oder Kollegialer Beratung
- Instrument nutzen, um kritische Ereignisse anonym zu berichten und zu bearbeiten, z. B. einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem oder einrichtungsübergreifend das Pflege-CIRS

## Weitere Infos & Material

ZQP-Themenseite: Sicherheit bei der Medikation

<https://www.zqp.de/thema/medikation/>

ZQP-Kurzratgeber: Sicherheit bei der Medikation

[https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_Einblick\\_Medikation.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Einblick_Medikation.pdf)

APS-Handlungsempfehlung: Arzneimitteltherapiesicherheit

[https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/220714\\_HE\\_AMTS\\_KH\\_2022.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/220714_HE_AMTS_KH_2022.pdf)

APS-Arbeitsmaterial: Kontrolle im Medikationsprozess

[https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Arbeitsmittel\\_Vier-Augen-Prinzip\\_AMTS.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Arbeitsmittel_Vier-Augen-Prinzip_AMTS.pdf)

## Quellen

Bengtsson, M., Ekedahl, A. B. I., & Sjöström, K. (2021). Errors linked to medication management in nursing homes: an interview study. *BMC Nursing*, 20, Artikel 69, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00587-2>

Bensmann, K., & Schwermann, M. (2024). Leitlinie Simulation als Lehr-Lernmethode (2. Überarbeitung 2024). Münster: SimNAT Gesundheitsfachberufe.

[https://www.simnat.de/download-file?file\\_code=695049fd75&file\\_id=519](https://www.simnat.de/download-file?file_code=695049fd75&file_id=519)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2021). Aktionsplan 2021–2024 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland.

[https://www.akdae.de/fileadmin/user\\_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2021-2024/Aktionsplan-AMTS-2021-2024.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2021-2024/Aktionsplan-AMTS-2021-2024.pdf)

Pfeiffer, Y., Zimmermann, C., & Schwappach, D. (2018). (Doppel-)Kontrolle von Hochrisiko-Medikation: eine Empfehlung für Schweizer Spitäler. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

[https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/20230308\\_TechnicalReport.pdf](https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/20230308_TechnicalReport.pdf)

Sindermann, P., Henninger, M., & Sick, C. (2022). Kommunikation und Teambildung. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 165-212). Berlin, Boston: De Gruyter.

<https://doi.org/10.1515/9783110706451-005>

Szczepura, A., Wild, D., & Nelson, S. (2011). Medication administration errors for older people in long-term residential care. *BMC Geriatrics*, 11, Artikel 82, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-82>